

# Vollmacht

KLF-001 02.26

Versicherungsnummer\*

An die  
uniVersa  
Krankenversicherung a.G.  
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Nachname\* Vorname\* Geburtsdatum\* Anschrift\* 

Ich habe die unten genannte Person mit der Wahrnehmung meiner Interessen betreffend den oben genannten Versicherungsvertrag bei der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg, beauftragt.

Die Bevollmächtigung erstreckt sich auf den Vertrag mit der von mir oben genannten Versicherungsnummer bei der uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

Die Bevollmächtigung erstreckt sich auf alle meine eventuell bestehenden Versicherungsverträge bei der uniVersa Krankenversicherung a.G.

**Bitte kreuzen Sie an, welchen Umfang Ihre Vollmacht haben soll:**

- 1. Auskünfte erhalten.
- 2. Den gesamten Schriftwechsel zu führen und entgegenzunehmen.  
(beinhaltet Punkt 1)
- 3. Rechtsverbindliche Willenserklärungen abgeben bzw. entgegenzunehmen sowie über die genannten Verträge wirtschaftlich zu verfügen und Zahlungen zu erhalten.  
(beinhaltet Punkt 1 und 2)

**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich willige daher – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar – in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten durch die uniVersa Krankenversicherung a.G. an diese Person ein. Gleichzeitig entbinde ich – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar – die für die uniVersa tätigen Personen im Hinblick auf die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an die bevollmächtigte Person von ihrer Schweigepflicht.

**Bevollmächtigter:**

männlich  weiblich  Divers Titel  z.B. Prof., RA  z.B. Dr., Dr. med.  Namensvors.  z. B. von, van, del  Geb.-Datum

Name Vorname Straße Hausnummer Postleitzahl Ort Ort\* Datum\* Unterschrift Versicherungsnehmer\* **\*Pflichtfeld**

Seite 1 von 1